UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 78

Les Lambeaux Retardés en chirurgie plastique

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en juillet 1949

PAR

RAYMOND BIELSA

JURY :

Membres du Jury	MM. VIRENQUE	*Président*
	BOUNHOURE, RIEUNAU, GRIMOUD	*Assesseurs*
	BAZEX	*Suppléant*

IMP. MÉNARD
8, RUE DES RÉGANS
TOULOUSE

1949

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548925_0050

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE
Doyens honoraires	CALVET GORSE

Professeurs honoraires
MM. RISPAL, MÉRIEL, RIBAUT
MAURIN, ARGAUD, LAFFORGUE, SERR
GARIPUY, CLERMONT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER	Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Clinique médicale	TAPIE ROQUES	Pharmacie	CAUJOLLE
Clinique obstétricale	GUILHEM	Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Physiologie	SOULA	Bactériologie — Hygiène — Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Matière médicale	VINCENT
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL (P.)
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE	Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Anatomie	VALLOIS LAZORTHES	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Histologie	DELAS	Chimie biologique	VALDIGUIE
		Médecine légale et du travail	PLANQUES
		Histologie et embryologie	BROUSSY
		Médecine sociale	BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET	Anatomie	COULOUMA

AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	POULHÈS ch. des f.	Chirurgie	GRIMOUD RIEUNAU DIEULAFÉ DAMBRIN (P.)
Histologie	BIMES ch. des f.		
Médecine	GADRAT DARNAUD GERAUD DARDENNE LAPORTE (J.)	Obstétrique	PONTONNIER ch. des f.
		Pharmacie	COUTURIER
		Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Ophtalmologie	DEODATI	Histoire naturelle pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Physique Médicale	MARQUES	Odonto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Parasitologie	LASSERRE
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)	Chimie analytique	BLANC
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)	Hydrologie et Géologie	ASTRE
Chimie minérale	BLANC	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Pharmacodynamie	BAISSET
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Législation pharmaceutique	BOUISSET	Urologie	LHEZ
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.) DAMBRIN (P.)	Ophtalmologie	DEODATI
Microbiologie	BOUISSET	Neuro-chirurgie	LAZORTHES
		Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX

Secrétaire de la Faculté : ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 — N° 78

Les Lambeaux Retardés en chirurgie plastique

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

présentée et soutenue publiquement en juillet 1949

PAR

RAYMOND BIELSA

JURY :

Membres du Jury	MM. VIRENQUE	*Président*
	BOUNHOURE, RIEUNAU	*Assesseurs*
	GRIMOUD	
	BAZEX	*Suppléant*

IMP. MÉNARD
8, RUE DES RÉGANS
TOULOUSE

1949

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Qu'ils trouvent ici la récompense d'une vie de travail et de sacrifices à laquelle je dois d'être ce que je suis aujourd'hui.

A MA FIANCÉE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Chirurgien-Chef des Hôpitaux,
Professeur de Clinique Chirurgicale
Infantile et Orthopédie

Avec notre respectueuse et profonde gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse et en nous en inspirant le sujet.

A NOTRE JURY DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUNHOURE

Médecin-Chef des Hôpitaux,
Professeur de Médecine Sociale

Avec toute notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur agrégé à la Faculté

Avec toute notre reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX

Chargé de Cours.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEUNAU
Professeur agrégé à la Faculté

Qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAÏSSET

Professeur de Physiologie à la Faculté

En témoignage de reconnaissance pour la grande sollicitude et la grande bienveillance qu'il nous a témoigné tout au long de nos études.

MONSIEUR LE DOCTEUR RUFFIE

Qui, pendant nos études, nous a témoigné la plus grande sollicitude et la plus grande bienveillance.

Qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR SECAIL

Qui nous a grandement aidé dans l'élaboration de ce travail et à qui nous devons notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRAZIDE

A qui nous devons notre orientation médicale.

MESSIEURS LES DOCTEURS BELLEVILLE ET FRANC

Nos camarades d'études.

INTRODUCTION

Si les résultats des interventions plastiques de quelque nature qu'elles soient, sont demeurées jusqu'à ce jour aléatoires, c'est que les chirurgiens qui les pratiquaient laissaient trop au hasard la préparation de leurs plasties.

De conception souvent osée et aux résultats magnifiques lorsqu'elles réussissent, elles s'accompagnent souvent d'échecs retentissants.

A cette chirurgie de hasard s'est peu à peu substituée une technique plus rigoureuse offrant une garantie de succès, hormis les cas de faute opératoire grave.

La préparation convenable des lambeaux à utiliser dans les plasties est une cause de ce succès certain.

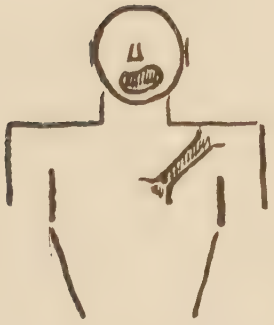
La méthode des lambeaux retardés tient une des premières places dans ces modes de préparation. C'est à leur étude que nous nous proposons de consacrer ces quelques chapitres.

Nous énoncerons tout d'abord une définition limitative de ces lambeaux permettant de ramener la question au cadre que nous désirons lui octroyer.

Nous décrirons ensuite le principe de la méthode, les avantages que l'on est en droit d'attendre d'elle et les minimes inconvénients qu'elle comporte.

Nous préciserons ensuite la technique opératoire à employer et les indications que comporte la pratique des lambeaux retardés. Des applications illustreront les avantages de ce mode de plastie qui offre au chirurgien, lors des restitutions de parties molles une sécurité opératoire absolue et constitue un gage de succès certain.

TRANSPLANTATION EN PLUSIEURS TEMPS



a) 1er cylindre.

b) allongement de ce cylindre : cette intervention ne constitue pas un lambeau retardé.

c) transplantation définitive.

d) transplantation en plusieurs temps par enjambements successifs.

2) région réceptrice intermédiaire.

DÉFINITION

Sans vouloir prétendre rénover toute la terminologie de la chirurgie plastique actuelle, nous voudrions donner des lambeaux dits « retardés », une définition qui ne permette pas de les confondre avec tout autre mode de plastie.

Certains auteurs, en effet, estiment que la constitution d'un lambeau cylindrique en deux temps, en vue de son allongement réalise un lambeau retardé. Non ! l'allongement d'un cylindre en deux temps opératoires différents est, certes, une méthode opératoire avec retardement; mais sans lambeau retardé, dans le sens où nous les envisageons.

Aussi nous inscrivons-nous en faux contre ceux qui désignent les lambeaux retardés comme « *ceux qui nécessitent un ou deux temps opératoires préliminaires avant leur mise en place définitive.* »

Si l'on s'en tenait à cette définition, presque toutes les interventions en chirurgie plastique seraient des interventions retardées, qu'il s'agisse de :

1° *Transplantation en plusieurs temps* :

— on désigne sous ces termes la constitution d'un lambeau cylindrique ou tubulé qui occupe par migrations successives ou après des allongements multiples sa place définitive au niveau de la zone à restaurer :

— soit une réfection de la lèvre inférieure : si l'on applique la méthode des lambeaux cylindriques, la technique opératoire comprendra en général trois temps différents :

a) prélèvement du cylindre;

b) allongement du cylindre;

c) transplantation du cylindre.

Le second temps est un temps d'allongement et non un lambeau retardé.

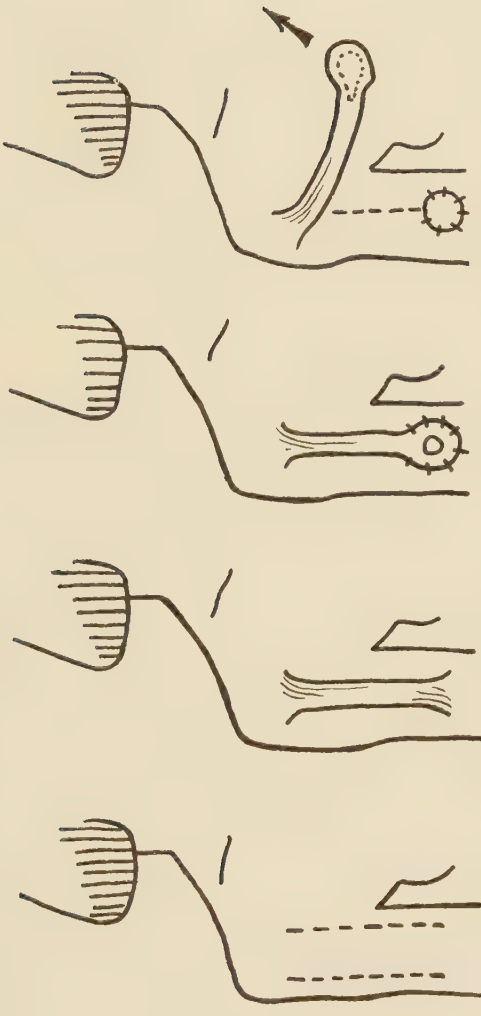
TRANSPLANTATION SUR HOTE INTERMÉDIAIRE

a)

b)

c)

LES LAMBEAUX DOUBLÉS



a et b) constitution du cylindre

c) raquette retardée

d) transplantation de la raquette retardée doublée

Qu'il s'agisse :

2° *De transplantation sur hôte intermédiaire :*

— les lambeaux sur hôte intermédiaire sont ceux, transplantés au niveau d'un segment de membre le plus souvent qui permettent de porter rapidement de la zone donneuse à la zone réceptrice un lambeau dont les migrations successives par enjambement auraient considérablement augmenté la durée des interventions préparatoires à la plastie.

Ainsi, la transplantation d'un lambeau cylindrique prélevé sur la région abdominale et transplanté sur le bras, par exemple, pour occuper sa position définitive au niveau de la face, est un moyen commode d'apporter à son lieu d'utilisation le lambeau ainsi préparé qui ne constitue pourtant pas un lambeau retardé.

Qu'il s'agisse :

3° *De lambeaux doublés :*

— un lambeau doublé est destiné en principe, à reconstituer par ses deux faces la paroi d'une cavité (cavité buccale, cavité sinusale par exemple).

Il est constitué soit par la jonction de deux palettes symétriques captées l'une à l'autre, soit par le doublage d'une greffe pédiculée « en raquette » par un greffon dermo-épidermique libre suturé à sa partie sous-jacente.

Ainsi peu importe le nombre des temps opératoires.

Un lambeau ne peut être dénommé « lambeau retardé » que lorsque après son détachement il sera resuturé exactement à la même place, sur le lit cruenté même qui lui a donné naissance.

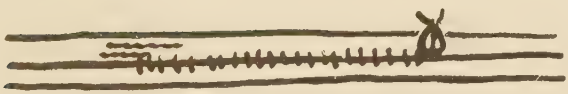
Nous entendons donc par « *lambeau retardé* » un greffon pédiculé simple non immédiatement utilisé dans un but de réfection plastique, mais réinséré à la région qui lui a donné naissance avant son utilisation définitive, après nouveau décollement dans un temps opératoire secondaire.

Peut-être dans cette conception des lambeaux retardés ne nous accordons-nous pas avec la majorité des ouvrages de chirurgie plastique; mais notre définition nous paraît mieux décrire cette variété de plastie sans permettre de confusion avec d'autres procédés de transplantation cutanée.

A.

1er *temps* : décollement du lambeau.

B.



2e *temps* : suture in situ; formation de néo-vaisseaux.

C.

3e *temps* : nouveau décollement. Le lambeau est très richement vascularisé et prêt à sa transformation définitive.

PRINCIPE DE LA MÉTHODE

C'est Blair qui le premier instaura la méthode des lambeaux retardés.

Schématiquement les interventions nécessitées par ce mode de plastie s'échelonnent de la façon suivante dans le temps :

1. — Dissection du lambeau à transplanter, et décollement de la zone donneuse par rotation autour d'un pédicule nourricier :

— *exemple :* un lambeau de forme quadrangulaire est décollé des plans sous-jacents, doublés ou non de tissu cellulo-graisseux grâce à trois incisions correspondant à trois côtés de ce quadrilatère; le quatrième côté convenablement choisi et orienté sert de charnière à ce pédicule.

2. — Réimplantation sur la zone donneuse du lambeau ainsi réalisé par suture in situ de trois côtés du rectangle disséqué. Cette réimplantation doit être effectuée après un temps d'hémostase rigoureuse.

3. — Nouveau décollement du transplant en vue de son utilisation définitive.

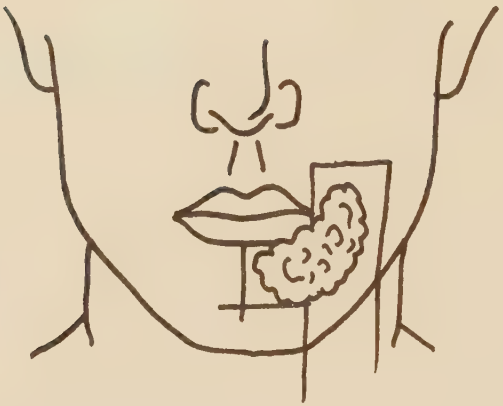
On voit ainsi que seule deux catégories de plasties pédiculées peuvent bénéficier de cette pratique :

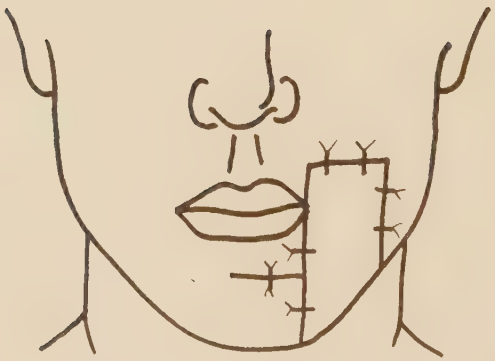
1° les greffes pédiculées simples;

2° les greffes pédiculées en pont.

Greffes pédiculées simples :

Ces greffes comportent seulement deux temps opératoires successifs :





a) avivement de la région à greffer et taille du lambeau pédiculé;

b) suture en place de ce lambeau.

Entre ces deux temps opératoires, diverses orientations peuvent être imprimées à ce lambeau et ceci nous permet de subdiviser ce chapitre en :

A) *greffes pédiculées par glissement du lambeau* où nous retrouverons :

1° *la méthode française par glissement :*

Serres, dans son atlas sur les autoplasties de la face la décrit ainsi :

« Elle se distingue parmi toutes les méthodes en ce que, d'abord, elle est plus simple et plus rapide dans l'exécution, qu'en outre elle ne laisse aucune nouvelle plaie à fermer et qu'enfin elle n'expose que très rarement le lambeau à se mortifier par cela seul qu'il ne subit pas plus légère torsion...

On taille le lambeau sur le côté de la solution de continuité sur laquelle on le ramène par glissement. Son apposition est directe et ne présente aucun des inconvénients du renversement... »

C'est la simplicité de la méthode française et sa sécurité qui bien souvent la font préférer, lorsqu'elle est possible, à d'autres modes de plastie.

Bien que le lambeau retardé soit possible dans cette méthode, reconnaissons toutefois qu'il n'y trouvera que rarement leur utilité puisqu'elle offre par elle-même une sécurité absolue, tout au moins à la surface de tissus sains.

Ce n'est que lorsque le lambeau à transplanter sera le siège de troubles trophiques ou de phénomènes d'ischémie qu'il sera indiqué de pratiquer le glissement du lambeau après retardement.

De cette méthode dérivent :

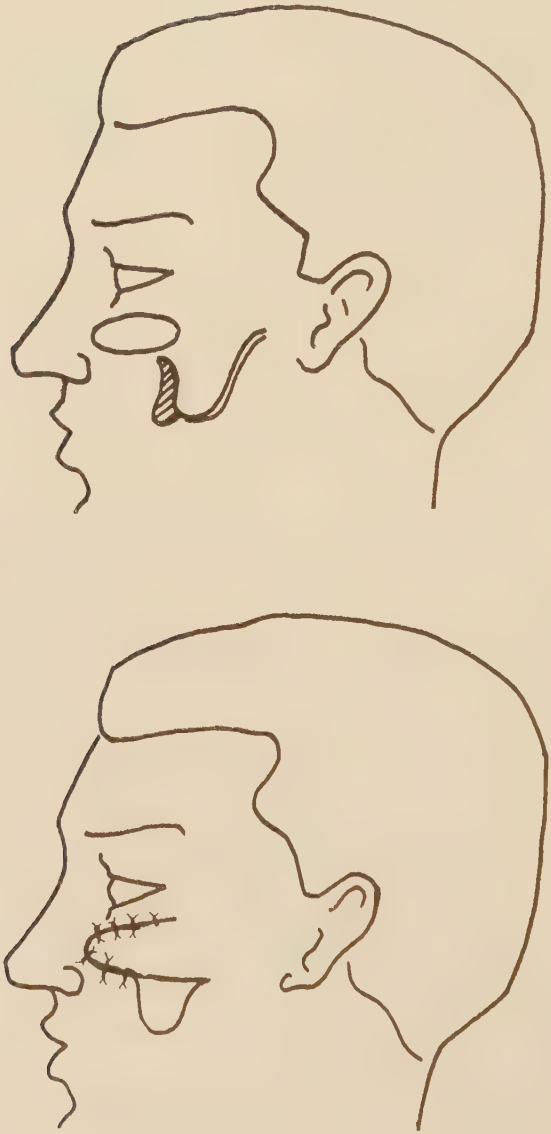
2° *l'autoplastie dite de* Esser;

3° *les autoplasties par méthode hongroise;*

4° *l'autoplastie en Z;*

qui pourraient elles-mêmes bénéficier de la méthode retardée.

MÉTHODE INDIENNE



B) *greffes pédiculées avec rotation du lambeau ou torsion.* Nous groupons sous cette rubrique :

1° *la méthode indienne :*

On la nomme encore *autoplastie par enjambement.*

Le lambeau bascule autour d'un pédicule court et large et provient d'une région voisine de la perte de substance à combler.

Oberlin conçoit la méthode et la résume de la façon suivante :

« La bascule du lambeau peut se faire par courbure soit dans le sens de la flexion, soit dans le sens de l'extension, par enroulement, par retournement, ou par torsion.

La courbure lorsqu'elle agit dans le sens de la flexion adosse par leurs surfaces cruentées la moitié proximale et la moitié distale du lambeau; lorsqu'elle agit dans le sens de l'extension ce sont les surfaces cutanées qu'elle adosse.

L'enroulement du lambeau n'est autre que sa courbure portée au maximum.

Le retournement n'est que l'extension poussée à l'extrême.

Dans la torsion, le lambeau, union bipédiculée, pivote autour de sa racine d'un certain nombre de degrés, 180° au maximum, à la manière des aiguilles d'une montre.

Ce mouvement entraîne une torsion de plus en plus marquée du pédicule sur lui-même si bien que son irrigation peut s'en trouver compromise. Afin d'éviter des accidents d'ischémie, deux précautions sont à prendre :

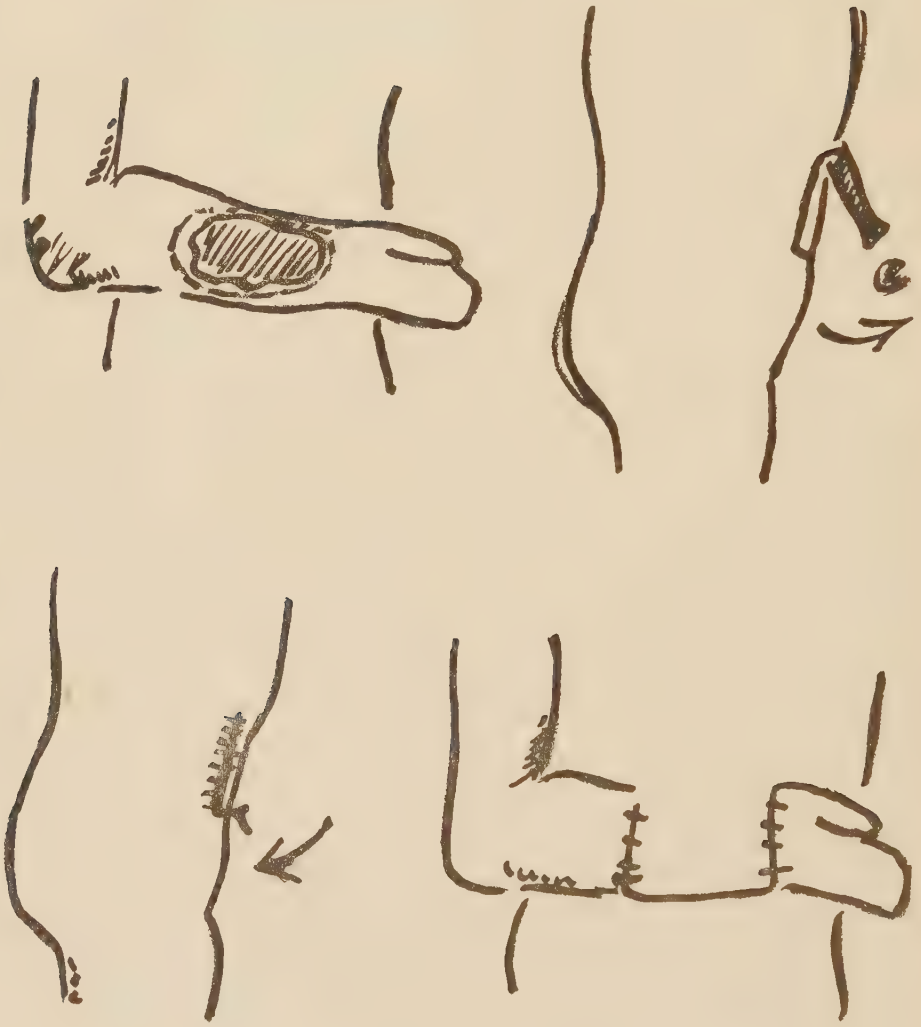
— l'une consiste à faire la rotation par étapes successives avant de suturer le lambeau en place;

— l'autre à donner au pédicule une orientation soigneusement calculée.

De ce point de vue il faut distinguer le pédicule en état de continuité avec la perte de substance à combler, le pédicule en état de contiguïté et le pédicule en état d'éloignement.

Le pédicule subit au moment de la translation une moindre torsion, jouit donc d'une meilleure irrigation; on peut suturer ses bords dans toute leur étendue, à ceux de la surface à combler; enfin, son modelage ultérieur

GREFFE EN PONT



est rendu plus facile du fait qu'il est moins saillant et moins déformé par la torsion que les deux autres types de pédicule. Les autres variétés laissent, au contraire, après application du lambeau, un vide entre eux et la peau voisine de la perte de substance, et leur utilisation pour le comblement de cette dernière n'est donc jamais aussi complet qu'au cas de pédicule continu; le modelage ultérieur s'en trouvera plus difficile.

Le pédicule contigu enfin, subit fréquemment une torsion importante qui menace sa vitalité. Il convient donc toujours de prendre la précaution de ne pas donner à la ligne basale de ce pédicule une direction perpendiculaire à celle que prendra le lambeau une fois amené à sa nouvelle place.

Il faut au contraire, que cette ligne basale pédiculaire se rapproche le plus possible de la parallèle du lambeau. ce qu'on réalise facilement en faisant descendre une des deux incisions qui limitent le pédicule, plus bas que l'autre.

De cette méthode dérivent :

— les autoplasties par la méthode des trois lambeaux et avec balancement des lambeaux de Virenque;

— les méthodes rhinoplastiques de Gillies;

— les rhinoplasties par le procédé de Nelaton, Ombredanne, etc..., qui pourraient elles-mêmes bénéficier de la méthode retardée.

Toutes les fois que le plasticien voudra adopter une solution de sécurité ou lorsqu'il craindra pour une raison quelconque le sphacèle du transplant, il placera entre les deux temps opératoires de taille du lambeau et de suture en place, une reinssertion in situ du lambeau décollé qui permettra d'affirmer à coup sûr la transplantation secondaire (méthode indienne à lambeaux retardés).

Greffe pédicule en pont.

Elle est constituée par un volet cutané d'épaisseur variable comprenant en général, peau et tissu cellulaire adhèrent, ne gardant que la base d'attache à la région qui lui a donné naissance et venant s'appliquer sur une région réceptrice située au niveau d'un membre le plus souvent.

Le lambeau enjambe en pont l'espace qui sépare la zone réceptrice de la donneuse.

La méthode des greffes en pont impose donc au lambeau l'enjambement d'un espace mort où sa vitalité peut être altérée et qui exige qu'il vive, du moins pendant un certain temps, d'une vie autonome. Elle impose aussi parfois suivant la plastie à réaliser, la taille d'un lambeau dont la direction ne correspond pas toujours à celle de la majeure partie des vaisseaux nourriciers. La méthode retardée est donc indispensable dans la préparation de telles plasties.

Les greffes complexes comportent également l'application des lambeaux retardés. Un type facile à décrire est constitué, par exemple, par un lambeau cylindrique terminé par une palette dont le décollement sera retardé avant son utilisation définitive.

Les greffes cylindriques par contre n'ont pas de place dans ce chapitre puisque même leur allongement dans un second temps n'équivaut qu'à la formation d'un nouveau cylindre simplement plus long que le précédent. La définition limitative que nous donnons des lambeaux retardés ne permet pas de les classer parmi ceux-ci.

Si l'on y réfléchit davantage, le cylindre est par lui-même un lambeau retardé dans sa constitution, puisque deux côtés seulement sur quatre du rectangle donneur sont incisés et la seule différence est que les bords de ce rectangle sont suturés entre eux au lieu d'être accolés à ceux de la zone donneuse.

Ces diverses considérations deviendront plus compréhensibles à la lecture des passages suivants.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE

A- La rétraction du lambeau :

Toutes les fois qu'un lambeau pédiculé est détaché de la région qui lui a donné naissance, il subit une rétraction importante orientée suivant la « direction maxima » de ses fibres élastiques.

Cette rétraction, sans être un obstacle insurmontable, constitue néanmoins un danger pour les plasties prélevées sur certains régions particulièrement délicates (la face par exemple).

La rétraction risque de faire « tirer » les autres sutures, d'engendrer des cicatrices étalées, siège de troubles ischémiques. Le résultat qui est définitif en sera donc mauvais.

Nous avons constaté que cette rétraction, bien qu'existant toutefois, est grandement diminuée avec la méthode des lambeaux retardés.

Cela est dû au tissu cicatriciel développé dans la zone de décollement, et qui, pourrait-on dire, fait « attelle » aux fibres élastiques en diminuant le raccourcissement du lambeau.

B) La vascularisation du lambeau :

Elle se trouve nettement améliorée par les plasties retardées.

En effet, toute zone cicatricielle est préalablement occupée par du tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif est richement vascularisé et une quantité innombrable de néo-vaisseaux réhabitent le lambeau précédemment détaché de sa région donneuse.

Les néo-vaisseaux se forment, d'une part au niveau de la zone profonde d'acollement, d'autre part, à la périphérie du lambeau sur les berges de la zone de décollement.

Ainsi, si l'on a à faire un lambeau dont la vascularisation sera primitivement douteuse, le seul fait de le décoller et de le réimplanter immédiatement permettra l'élimination, et ceci dans les cas les plus défavorables, d'une zone escharrotique, périphérique avec une séparation et une élimination spontanée de la zone nécrotique.

Le remplacement de la zone de mauvaise vascularisation se fera par du tissu jeune de néo-formation dont la richesse vasculaire garantira le devenir du lambeau et limitera la zone du second décollement.

C) La résistance a l'infection :

Elle découle des avantages précédents.

Toute plastie pratiquée par greffe pédiculée simple au voisinage d'une région ou d'une cavité septique, est toujours pratiquée par nous en lambeau retardé.

Il est superflu d'insister plus longuement sur le fait qu'un lambeau bien nourri porte avec lui ses moyens de vie autonome et de défense biologique.

D) Le doublage des lambeaux :

Les lambeaux pédiculés peuvent être doublés, soit grâce à une autre greffe pédiculée, soit grâce à un lambeau dermo-épidermique libre.

Dans l'un et l'autre cas, la méthode retardée est à conseiller. Dans le premier, elle a pour but de diminuer au maximum de la rétraction des deux lambeaux accolés par leur face profonde; dans le second, les néo-vaisseaux profonds situés dans la zone de décollement du transplant retardé assureront une meilleure « prise » à la greffe dermo-épidémique par réhabitation vasculaire plus intense.

Ainsi, cette méthode des lambeaux retardés présente des avantages indiscutables :

1° elle offre une sécurité parfaite en permettant la mise à l'épreuve du lambeau à utiliser;

2° elle améliore ses qualités plastiques.

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE

Ils sont pratiquement nuls et l'on ne peut reconnaître à cette technique opératoire que des avantages.

Certains prétendront que les lambeaux retardés constituent une perte de temps dans le déroulement des interventions plastiques.

Nous pouvons affirmer au contraire que la plastie retardée est souvent à l'origine d'un gain de temps appréciable avec une promesse infaillible de succès définitif. En effet un lambeau décollé et immédiatement transplanté sur sa région réceptrice risque de se sphacéler. Le retard est alors bien plus important du fait du dommage porté à la région donneuse : Celle-ci est parfois unique et irremplaçable par toute autre; à la région réceptrice qui est alors mise à nue et dont il faut recouvrir la surface avec un tout autre moyen.

Pour qui sait les efforts patients et prolongés que demandent au malade et au chirurgien ces interventions, il semble qu'en moyenne, ce que l'on pourrait considérer à tort comme temps perdu n'excède pas en fait celui passé auprès des échecs à reprendre.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Comme nous l'avons déjà précisé, elle comporte plusieurs temps :

A) La dissection du lambeau a transplanter.

Le lambeau doit être préalablement orienté en vue de son utilisation définitive.

Au même titre que pour les greffes en pont, plusieurs problèmes sont à envisager dans la taille des lambeaux retardés : qu'il s'agisse des problèmes de vascularisation, de celui de l'orientation des faces ou de celui de la taille préalable d'un patron. On devra procéder à la dissection du lambeau retardé à une profondeur plus ou moins grande suivant l'utilisation définitive que l'on compte en faire.

Cette dissection aura pour principal but de traumatiser le moins possible les couches sous-jacentes du tissu cellulaire sous-cutané pour empêcher la formation de granulomes cicatriciels dont on connaît l'origine dans les fines particules de tissu cellulo-graisseux libérées au cours des dissections. Une hémostase rigoureuse devra accompagner ce temps opératoire.

En effet une nappe hémorragique séparant le lambeau de sa région donneuse risquera de compromettre sa réhabitation ultérieure par les néo-vaisseaux. Aussi dès que le lambeau est détaché de sa surface donneuse et est uniquement retenu à elle par un de ses côtés pratiquons-nous le « *pansement compressif* ».

B) Le pansement compressif :

On connaît l'importance des pansements compressifs dans la cicatrisation des plaies qui parfois n'ont aucune tendance à guérison « *per primum* ».

Ici le pansement compressif répondra à un double but :

— empêcher la formation d'un hématome et le décollement du lambeau;

— favoriser la cicatrisation de ce *lambeau* par coaptation intime et immobilisation sur la région donneuse.

Avant de recoller le lambeau sur la région qui lui a donné naissance, nous injectons entre eux quelques centimètres cubes d'une solution *très diluée* de pénicilline qui assurera la défense contre les microbes (la pénicilline à forte concentration favorisant les hémorragies, nous pratiquons des injections de 50.000 U dans 10 cm^3 de sérum).

C) Les sutures :

Dans toutes les interventions plastiques, en particulier celles qui intéressent les lambeaux pédiculés simples, il est très important de suturer par des *points de capiton* les plans profonds; les plans superficiels coaptant les berges cutanées n'ayant, en quelque sorte qu'une importance secondaire d'accollement bord à bord.

Dans la pratique des lambeaux retardés, au contraire, il semble qu'il n'y ait pas intérêt à multiplier ces points de capiton : ils constituent en effet autant de corps étrangers générateurs de tissus de mauvaise cicatrisation qui gêneront la formation ultérieure de néo-vaisseaux.

Ainsi préférons-nous ne suturer que les seules berges cutanées du lambeau sur sa région donneuse, en estimant que les points d'hémostase, indispensables au niveau de la couche profonde, constituent déjà un nombre suffisant de corps étrangers inclus dans la zone de décollement.

Le pansement compressif que nous avons préconisé au paragraphe antérieur suppléera à l'absence du capiton sous-cutané.

D) Le décollement secondaire :

Au bout d'un laps de temps qui varie suivant les auteurs de : *vingt* jours à *un mois et demi*, le lambeau est à nouveau détaché de sa surface donneuse pour son utilisation immédiate et définitive.

Nous estimons, quant à nous, que le délais de vingt jours est largement suffisant pour avoir permis la formation de néo-vaisseaux sans que pour cela des adhérences intimes aient été à nouveau contractées entre le lambeau et sa région donneuse.

Cela simplifie beaucoup la deuxième intervention, car après avoir incisé le lambeau *en dedans de sa limite cicatricielle*, il suffit d'exercer sur lui une légère traction (accompagnée de dissection pour qu'il se clive dans la zone précédemment limitée dans le premier temps opératoire.

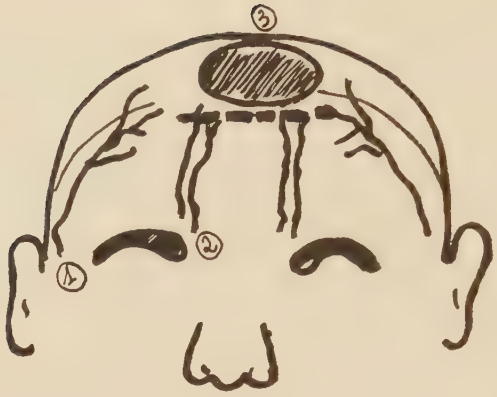
Par cette pratique on est certain d'avoir à faire à la région de nouvelle vascularisation, région qui est la plus favorable à la transplantation définitive.

E) L'utilisation du lambeau :

Il découle de ce que nous venons d'écrire que ce lambeau sera utilisable dans deux cas :

1° dans les plasties par *glissement ou par méthode indienne;*

2° dans les plasties en pont ou dans les greffes dites à l'italienne.



1) vascularisation temporale;
2) vascularisation sus-orbitaire;
3) la zone d'irrigation perturbée après section des arcades sus-orbitaires.

1) deux lambeaux cylindriques sont prélevés de part et d'autre de zone médiane de plastie;
2) la raquette médiane est prélevée en lambeau retardé pour son utilisation définitive. Ainsi sa vascularisation sus-orbitaire supprimée est remplacée par une vascularisation temporale de néo-formation.

INDICATIONS

A) Indications générales :

Tout plasticien prudent doit considérer le lambeau retardé comme la méthode de sécurité qui assurera avec certitude la réussite de ces greffes pédiculées.

Des indications particulières pourront rendre encore plus impérieux ce mode de plastie.

1° *Notions anatomiques :*

Quand nous empruntons un lambeau cutané de transplantation dont la vascularisation est assurée par deux territoires vasculaires différents, il est indispensable de recourir dans la préparation des lambeaux à la méthode des plasties retardées.

Pour prendre un exemple concret, citons celui du lambeau jugulaire crânien du type Dufourmontel modifié.

Ce lambeau, prélevé sur le crâne, entre deux incisions parallèles qui réunissent les régions auriculaires doit sa vascularisation :

a) à un contingent vasculaire temporal;

b) à un contingent vasculaire sus-orbitaire.

Celui-ci intervient en particulier dans l'irrigation de la zone centrale du lambeau, les zones latérales étant plus particulièrement irriguées par la temporale.

Lors de la dissection du lambeau, si les temporales continuent à nourrir ce dernier, les sus-orbitaires ont leur courant interrompu par l'incision auriculo-auriculaire et il en résulte la formation d'une zone de moindre irrigation située dans la région moyenne de la plastie sur la médiane

Schéma n° 9

du corps qui est, comme on le sait, la zone la moins vascularisée de l'économie et où viennent se terminer les dernières ramifications issues des temporales situées de part et d'autre d'elle. (Voir schéma n° 9)

Dans ce cas, nous pratiquons systématiquement une plastie retardée.

2° *Mauvaise vascularisation. — Troubles trophiques :*

L'irrigation d'un lambeau peut être perturbée :

a) soit parce qu'il est prélevé dans une région qui est le siège de troubles *trophiques importants.*

Or il est entendu que le plasticien doit prélever ses lambeaux dans de bonnes régions bien vascularisées, mais il arrive que certaines plasties ne peuvent s'effectuer que sur les régions dont on peut prélever les téguments, et ainsi il arrive parfois que ceux-ci ne présentent pas toutes les qualités nécessaires.

Dans ce cas, le lambeau retardé permettra d'obtenir un lambeau de plastie supérieur; en cas de sphacèle total du lambeau, comme nous avons eu l'occasion de le constater, ce préliminaire permet d'abandonner un mode de plastie qui aurait été sûrement voué à l'échec « *dans la méthode du lambeau retardé, le lambeau est mis à l'essai* » ;

b) soit parce que la zone d'attache à la région donneuse est occupée par des cicatrices, celles-ci peuvent être perpendiculaires au grand axe du lambeau; leur texture fibreuse crée un obstacle à la vascularisation ultérieure et peut gêner parfois les mouvements de charnières imposés à la plastie;

c) parfois encore, compte tenu des cicatrices existantes, le lambeau retardé se trouve bordé de part et d'autre par du tissu fibreux; cette éventualité oblige à tailler un lambeau dont le pédicule nourricier est très grêle par rapport à la surface totale du transplant.

En plastie directe un pédicule ainsi étranglé est à la source de troubles ischémiques pouvant conduire à la mortification du transplant. En lambeau retardé, au contraire, le transplant, après une phase de « stupeur ischémique » se revascularise par la profondeur et chose extrê-

mement curieuse au bout d'un laps de temps d'environ un mois on est surpris de constater la richesse vasculaire du pédicule nourricier comme si un tropisme spécial avait dirigé les néo-vaisseaux pour assurer une suppléance vasculaire dans une région de moindre irrigation;

d) parfois encore certains modes de plastie imposent une torsion plus ou moins accentuée autour de l'axe du pédicule nourricier. A un ultime degré c'est une véritable plicature de ce pédicule que l'on peut être amené à réaliser (greffe à l'*indienne* par exemple).

Cette torsion, cette rotation du lambeau amoindrit considérablement ses qualités vasculaires; dans tous les cas, il sera indiqué de faire précéder la plastie définitive par un temps en « lambeau retardé »;

e) enfin, nous avons coutume de pratiquer la méthode retardée dans les lambeaux pédiculés, tubulés à leur extrémité utile :

Soit, par exemple, un cylindre cutané prélevé sur la région bracchiale en vue d'une réfection de la face :

Une palette cutanée doit terminer ce lambeau cylindrique. Directement découpée de sa région donneuse, cette raquette sera en grande partie vouée à une nécrose périphérique; aussi dans le cas particulier pratiquons-nous un lambeau retardé d'un genre un peu spécial.

Nous laissons le cylindre en place et nous décollons la palette terminale uniquement dans sa région périphérique en laissant intacte la zone adjacente au cylindre précédemment décrit, zone qui assurera la vascularisation, de suppléance des bords de la palette décollée. Celle-ci est immédiatement ressuturée in situ et dans le second temps opératoire elle sera totalement libérée, son irrigation étant exclusivement assurée par les néo-vaisseaux en provenance de la plastie tubulée.

Donc en principe toute intervention plastique de sécurité doit mettre en œuvre la méthode dite des « lambeaux retardés » quitte à sacrifier au facteur temps : *la garantie certaine du succès des plasties est à ce prix.*

a) GREFFE A SENS DIRECT

Le lambeau retardé est facultatif et offre seulement une solution de sécurité.

Le sens de la greffe coïncide avec le sens général des vaisseaux tégumentaires.

b) GREFFE A SENS DIRECT A TRANSPLANTATION RÉTROGRADE

Le lambeau retardé est *obligatoire*.

1) direction maxima des vaisseaux tégumentaires;
2) plicature rompant l'apport vasculaire.

B) Indications particulières :

Les plasties pédiculées peuvent schématiquement se répartir en :

— plasties pédiculées à la *française;*

— plasties pédiculées à l'*indienne;*

— plasties pédiculées à l'*italienne.*

Dans le premier cas, c'est-à-dire dans les plasties par glissement il est rarement utile d'avoir recours en un temps préliminaire à la méthode retardée. Ce n'est que dans le cas où le lambeau décollé doit être d'une longueur exceptionnelle et que l'on craindra que l'exiguïté de son pédicule compromette la vitalité de son extrémité, que l'on appliquera cette méthode : ceci sera l'exception.

Dans le cas des plasties à l'indienne la sécurité veut que l'on applique systématiquement la méthode :

— parce que cette méthode est fréquemment employée pour combler des zones cicatricielles excisées, dans des zones immédiatement adjacentes à elles. Le pédicule nourricier du transplant peut être lui-même le siège de tissu cicatriciel.

Dans le cas de la méthode des « greffes en pont » il est obligatoire d'employer ce mode opératoire.

Ces greffes peuvent encore être subdivisées en :

1° greffes à sens direct;

2° greffes à sens direct mais transplantés en direction rétrograde;

3° greffes à sens rétrograde;

4° greffes à sens rétrograde et à transplantation rétrograde.

Dans les greffes en pont la direction des vaisseaux doit être une préoccupation constante. Or il est intéressant à ce sujet de préciser la direction générale des vaisseaux tégumentaires :

1° les vaisseaux tégumentaires sont issus après des divisions plus ou moins nombreuses des gros troncs vasculaires qui assurent la circulation sanguine;

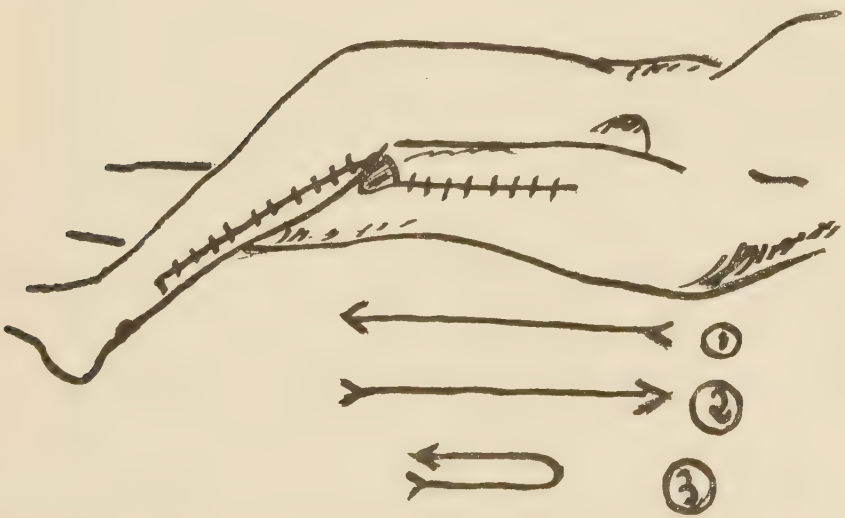
2° les tissus musculaires sont très vascularisés;

3° les téguments qui recouvrent les zones purement apo-

c) GREFFE A SENS RÉTROGRADE

Retardement obligatoire.
1) direction maxima des vaisseaux tégumentaires;
2) direction du grand axe de la plastie.

d) GREFFE A SENS ET TRANSPLANTATION RETROGRADE



Plastie très hasardeuse et à lambeau retardé indispensable.
1) sens maxima des vaisseaux tégumentaires;
2) sens de la plastie;
3) plicature de la plastie.

névrotiques, cartilagineuses, osseuses (hormis le crâne) sont peu vascularisés;

4° la ligne médiane passant par le nez, l'ombilic, la région médio-pubienne est la zone de terminaison des vaisseaux des deux hémi-contingents vasculaires de l'organisme situés de part et d'autre de cette ligne.

On peut inférer de ces simples données :

a) que les vaisseaux se dirigent des troncs qui leur donnent naissance aux régions richement vascularisées pour se terminer ensuite dans celles de moindre irrigation;

b) que la direction générale des vaisseaux de l'organisme est en gros, celle des tissus artério-veineux du voisinage d'importance plus grande.

Partant de ces principes, nous pouvons soupçonner les directions vasculaires tégumentaires.

C'est de ces directions que dépendront les applications de la méthode retardée dans les greffes en pont.

Les schémas suivants illustrent les différents modes de plastie où le lambeau retardé prend toute sa valeur.

D'autres indications pourront venir augmenter ce domaine des lambeaux retardés.

Signalons à la lecture de la littérature chirurgicale :

1° la technique de colpoplastie de Grad de New-York;

2° cure de l'hypospadias balanique et juxta-balanique.

1. — Technique de colpoplastie de Grad :

Ce procédé utilise un vaste lambeau pédiculé de 17 cm. sur 12 cm. prélevé sur la face interne de la cuisse. Ce lambeau a une base d'implantation de 4 à 5 cm. située au niveau du pli génito-crural en regard du futur orifice externe du vagin. Sa forme générale sera celle d'une raquette dont l'extrémité distale présenterait une légère encoche.

La dissection de ce lambeau se fait en passant dans le tissu cellulaire sous-cutané, en ayant soin de laisser au lambeau une certaine couche de graisse.

Il faut respecter l'hypoderme dans lequel se trouvent les principaux vaisseaux nourriciers du lambeau.

TECHNIQUE DE COLPOPLASTIE DE GRAD

1

2

3

4

Le lambeau est alors replacé dans sa situation d'origine et fixé par des points séparés. Un pansement légèrement compressif est appliqué sur le lambeau maintenu par du sparadrap.

Certains auteurs retardent si l'on peut dire, ce lambeau retardé. Ils poussent la prudence jusqu'à ne pratiquer au cours de la première intervention la dissection du lambeau que sur une largeur de 1 cm. à partir de ses bords.

Ce n'est que quelques jour plus tard qu'ils effectuent la dissection du lambeau sur toute la surface.

Grad pratique consécutivement deux retardements du lambeau. En effet, 8 à 10 jours après la première intervention il détache le lambeau sur toute sa surface et après hémostase rigoureuse, le replace encore une fois dans sa situation d'origine.

La troisième intervention vise alors à reconstituer un cylindre autour d'un mandrin de caoutchouc présentant les dimensions de la cavité vaginale la face cruentée en dehors.

5 à 6 jours après, on commence la section du pédicule sur quelques millimètres et on termine par de petites incisions pratiquées de 3 jours en 3 jours. Section qui doit s'étaler suivant les auteurs américains pendant 6 semaines.

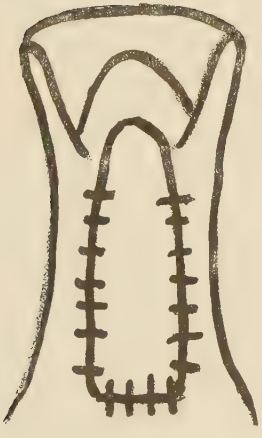
2) Nous signalons encore une technique de lambeau retardé un peu spéciale et que nous avons eu l'occasion de voir pratiquer au service de M. le Professeur Virenque. Elle avait pour but la cure de l'hypospadias balanique, juxta-balanique et même pénien.

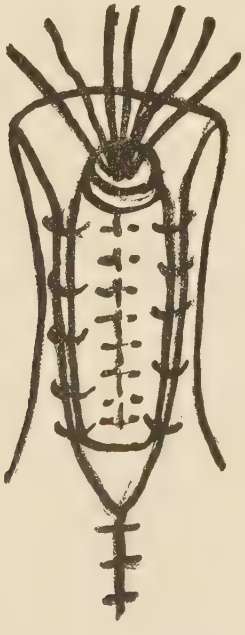
Elle intéresse le procédé de Mathieu dont elle constitue une légère variante.

On sait que dans ce procédé le tracé du lambeau est limité par une incision en U très allongé qui part de l'extrémité du gland au niveau du futur orifice, descend verticalement sur le bourrelet balanique puis sur la peau de la face inférieure de la verge, à un centimètre et demi de la ligne médiane, puis remonte symétriquement du côté opposé.

La longueur du lambeau dans la portion sous-méatique

CURE DE L'HYPOSPADIAS BALANIQUE, JUXTA-BALANIQUE
ET MÊME PÉNIEN





sera le double de la distance qui sépare le méat hypospade de l'extrémité du gland. Sa largeur doit être suffisante pour former le nouveau canal.

Au niveau du gland on incise seulement la muqueuse; au niveau de la verge on incise la peau et la couche sous-cutanée jusqu'à la gaine des corps caverneux.

On relève le lambeau en ayant soin de ramener avec lui tout le tissu cellulaire très vasculaire qui entoure le corps spongieux et le corps caverneux.

On s'arrête au niveau de l'orifice hypospade, sans pousser la libération de nutrition du lambeau. On dédouble les bords de la gouttière balanique.

On fait une hémostase par compression.

On a alors au-dessous du méat hypospade, un long lambeau libéré, au-dessus de lui deux incisions para-médiane prolongées jusqu'au bout du gland.

Dès lors, dans la technique classique, le lambeau ainsi disséqué est relevé et suturé à la lèvre interne de l'incision para-médiane.

Selon la technique des lambeaux retardés le lambeau est resuturé in situ et n'est relevé pour la constitution de l'urèthre qu'au bout d'un laps de temps d'environ 20 jours.

Ainsi aucune crainte de sphacèle du lambeau, et garantie absolue de la méthode.

Certes d'aucuns objecteront que c'est là, allonger une technique dont l'intérêt réside précisément dans son exécution en un seul temps.

Quant à nous, il nous semble qu'elle doit bénéficier de l'apport de sécurité des lambeaux retardés qui constituent une solution couronnée de succès dans tous les cas et qui permet d'étudier les indications de la méthode de Mathieu. Celle-ci qui en principe ne s'adresse qu'aux hypospadias balaniques ou juxta-balaniques qui ne nécessitaient que des lambeaux de courte longueur peut s'étendre maintenant à des hypospadias péniens qui, nécessitant des lambeaux trop longs pouvaient faire craindre leur sphacèle lors du relèvement « per primum ».

APPLICATIONS PRATIQUES

Parmi les observations que nous avons recueillies nous avons choisi six des plus typiques qui nous paraissent résumer les diverses applications des lambeaux retardés.

Observation I :

Campo Antonio, 28 ans. Service du P[r] Virenque, salle Delpech.

Ce blessé a fait l'objet de huit interventions qui s'échelonnent sur une période de 5 mois représentant 20 heures d'intervention.

Les lésions que présentait le blessé étaient les suivantes :

— destruction de toute la lèvre supérieure et des deux commissures labiales;

— destruction de la sous-cloison nasale;

— destruction de la partie antérieure de l'arc maxillaire supérieur;

— cicatrice rétractile jugale gauche;

— plaie sous-orbitaire droite.

Le principe de l'intervention réside dans la constitution et la transplantation d'un lambeau en jugulaire d'origine crânienne. La constitution de ce lambeau est divisée en 2 temps opératoires pour des raisons d'ordre anatomique d'abord, d'ordre physiologique ensuite.

1. Les parties latérales et la zone intermédiaire comprise entre elles sont tributaires, comme nous l'avons déjà souligné dans un passage précédent, de réseaux différents : temporaux d'une part, frontaux et sus-orbitaires d'autre

part. Aussi appliquerons-nous à cette zone intermédiaire la méthode des lambeaux retardés.

2. Cette façon d'opérer nous permettra ainsi d'éliminer toute nécrose centrale du lambeau et de favoriser, à ce niveau l'apparition de néo-formation vasculaires dont on verra ultérieurement l'importance.

Première intervention : Constitution de deux pédicules cylindriques latéraux situés au niveau de chacune des deux régions temporales.

Deuxième intervention : Décollement de la zone intermédiaire comprise entre ces deux pédicules nourriciers et *réinsertion immédiate* au niveau de la région qui lui a donné naissance.

Troisième intervention : Doublage de cette zone intermédiaire par greffe dermo-épidermique prélevée au dermatome de Padgett. Suture de lambeau. Ainsi se trouve ébauchée la future lèvre; sa face antérieure constituée par le cuir chevelu prélevé; sa face postérieure vestibulaire par le greffon dermo-épidermique crural qu'une métaplastie tissulaire ne tardera pas à transformer en muqueuse.

C'est là que se situe le premier temps prothétique. Il consiste dans la mise en place d'un appareil de soutien en résine acrydique qui évitera le renversement du lambeau à l'intérieur de la cavité buccale dès sa transplantation.

Quatrième intervention : Suture du lambeau sur la zone réceptrice par clivage en 2 plans, de son bord supérieur d'une part, par clivage de la muqueuse palatine antérieure d'autre part et réunion des berges.

Cinquième intervention : Section du pédicule cylindrique gauche. Résection large de sa partie distale avec reconstitution de la commissure labiale gauche.

Réimplantation de sa partie proximale au niveau de la zone donneuse.

Sixième intervention : Reconstitution de la sous-cloison nasale par plastie à l'indienne prélevée au niveau du transplant labial.

Septième intervention : Section du pédicule droit et reconstitution de la commissure labiale droite.

Huitième intervention : Retouches fonctionnelles et esthétiques.

Observation II :

B... G..., âge : 19 ans. Malade privé.

Voici l'histoire racontée par la malade :

Etant enfant, elle a présenté une coqueluche avec complications pritiques; à l'âge de 3 ans une rougeole avec légères complications pulmonaires. A la suite de cette affection, une éruption de boutons infiniment petits apparaît sur tout le visage. L'un d'eux a grossi sur l'extrémité du nez laissant une croûte indélébile. Une auréole ressemblant à des trainées lymphaugitiques apparaît tout autour.

Sous pansement humide cette croûte tombe et laisse un gros trou à la place de l'appendice nasal. Des boutons identiques se développent sur les joues peu à peu confluents.

Il s'agit d'un lupus de la peau.

Le traitement iodé, les U-V, les R-X n'enrayent pas pour autant son évolution. Le nez, le pourtour de l'orifice buccal sont presque complètement détruits, lésions encore aggravées à l'âge de 10 ans par diathermie et scarifications sous anesthésie générale.

Le traitement au Stérogyl 15 entraîne une nette amélioration et même une guérison de la lésion.

En août 1946 cette malade nous est adressée.

Le mardi 3 décembre nous pratiquons la plastie des commissures labiales.

Le lundi 16 décembre un lambeau tubulé est constitué sur la face supérieure de l'épaule gauche.

Le 20 janvier l'extrémité distale de ce lambeau est décol'é en raquette et réimplanté immédiatement in situ (lambeau retardé).

20 jours après ce lambeau est doublé d'une greffe dermo-épidermique destinée à reconstituer l'endo-nez (lambeau retardé).

20 jours après encore, transplantation définitive sur le niveau de la face.

Pour terminer, section du pédicule et retouches d'esthétiques.

En juillet la malade présente un résultat satisfaisant. Elle est confiée aux mains d'un orthodontiste.

OBSERVATION III :

G... A... Service de clinique chirurgicale infantile du Professeur VIRENQUE. Salle Caubet.

L'enfant âgé de douze ans, entre dans le service pour *hypospadias pénien* situé à 4 mm. du rebord balanique.

On décide la cure radicale de cet hypospadias suivant la technique de MATHIEU.

Etant donné la longueur du lambeau nécessaire on décide de prélever celui-ci selon la méthode retardée.

Le lambeau pénien est disséqué sur la face inférieure de la verge et après hémostase rigoureuse, resuture in situ.

Dans les jours suivants, on assiste alors à la souffrance du lambeau dans l'application de ce procédé; on a ainsi sous les yeux les causes d'insuccès que peut provoquer son sphacèle.

Le transplant pâlit dans les premières heures, puis bleuit au cours des 48 heures suivantes. Il s'œdématie ensuite, prend une teinte rougeâtre et redevient sensiblement normal vers le 10^{me} jour.

Notons toutefois un très fin liseré d'élimination sur un côté du lambeau et à son extrémité distale. Cette élimination n'a aucune suite fâcheuse et la perte de substance est immédiatement comblée dans les jours suivants par du tissu de néo-formation cicatricielle.

20 jours après, le relèvement du lambeau et sa suture définitive suivant la technique de MATHIEU, sont opérés; le résultat obtenu est excellent, sans la moindre fistule résiduelle.

Observation IV :

L... C..., 30 ans. Malade privé.

Présente depuis 20 ans un ulcère variqueux malléolaire et juxta-malléolaire interne droit.

Il s'est avéré rebelle à toute thérapeutique : sympatectomie, saphénectomie.

L'escharre persiste atone, sans tendance à la cicatrisation. Un lambeau est prélevé sur la face antéro-externe de la cuisse gauche dans le but de pratiquer une greffe en pont de sens direct.

Le lambeau est détaché, obliquement orienté de dehors en dedans et de haut en bas. Il est immédiatement resuturé à sa région donneuse.

20 jours après, 2me intervention :

Excision de toute la zone dystrophique malléolaire interne, décollement du lambeau cutané crural et suture de ce lambeau sur la perte de substance réalisée au niveau de la malléole par flexion à 90° de la cuisse droite sur la hanche homologue et de la jambe sur la cuisse droite en flexion complète.

20 jours après section du pédicule et suture de la tranche de section à une des berges de la région réceptrice.

Observation V :

D... R..., 50 ans. Malade privé.

Un an auparavant le malade a eu la jambe gauche écrasée sous un éboulement. Une amputation a été pratiquée sur le champ.

Actuellement le malade se présente avec un moignon d'amputation mal étoffé au centre duquel siège une plaie atone suintante de sérosites purulentes.

Une radiographie pratiquée ne montre pas de lésions d'ostéite sous-jacente. L'amputation a été pratiquée à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur de la jambe.

C'est donc la limite permise en vue d'un appareillage ultérieur articulé au niveau du genou. La régularisation du moignon par avivement, section osseuse et suture des lambeaux reclines latéralement, n'est plus possible.

Il convient d'apporter sur ce moignon un tissu nouveau suffisamment résistant permettant l'application de la prothèse ultérieure. Seule une greffe en pont jambo-jambière peut être envisagée. Nous pratiquons alors la taille d'un lambeau cutané de sens rétrograde sur la face postéro-interne de la jambe droite, dont la charnière inférieure coïncide avec le niveau de l'extrémité du moignon sur la jambe opposée. Après décollement du lambeau, hémostase rigoureuse, il est resuturé in situ.

Pansement compressif. Au 6^{me} jour nouveau pansement, le lambeau prélevé en direction rétrograde souffre, il est d'aspect bleuté traduisant son ischémie partielle, sa vascularisation n'étant plus assurée que par des vaisseaux tégumentaires à direction rétrograde. Cette plastie pratiquée per primum aurait été sûrement vouée à la nécrose ultérieure.

Peu à peu, la coloration se modifie et au 20^{me} jour, les téguments du lambeau s'identifient avec les tissus avoisinants. C'est le moment choisi pour pratiquer la seconde intervention. Nouveau décollement du lambeau, avivement économique du moignon et plastie de celui-ci par greffe en pont jambo-jambière.

Un plâtre d'immobilisation solidarise les deux membres inférieurs en extension pour une durée de 20 jours.

Au bout de ce laps de temps section de la charnière nourricière et reconstitution définitive du moignon.

Résultats excellents.

Observation VI :

G..., 18 ans. Malade privé.

Ce jeune présentait, à sa naissance, un bec-de-lièvre total unilatéral gauche. Sa lèvre et son palais opérés respectivement à 3 et 13 mois sont parfaitement reconstitués, hormis pour la région palatine antérieure où persiste un pertuis arrondi des dimensions d'une pièce de cinquante centimes faisant communiquer la cavité buccale et les fosses nasales et entraînant une voix cotonneuse de timbre pseudo-sinusal.

Craignant une désunion des sutures comme il est fré-

quent de le constater à cet âge, nous refusons tout d'abord de pratiquer l'intervention qui nous paraît promise à un insuccès presque certain. Ce jeune homme est candidat au baccalauréat et son infirmité créant chez lui un complexe d'infériorité aux épreuves orales, exige l'intervention. Nous pratiquons alors 2 décollements muqueux latéraux situés de part et d'autre de la perte de substance palatine. Sans aucune suture et après hémostase par compression, nous les réappliquons sur la région donneuse. Une légère couche de collodion et une plaque palatine de caoutchouc vulcanisé prend appui sur les arcades dentaires, recouvrent le tout et suppriment l'infection salivaire. Deux éponges insérées dans les fosses nasales et quotidiennement changées aspirent les sécrétions muqueuses. Au bout de 8 jours les deux lambeaux font à nouveau corps avec le palais. Au 20^{me} jour, nouvelle libération des lambeaux et suture aux fils de nylon. Même pansement que précédemment.

Résultat très bon. S'il persiste un pertuis des dimensions d'une tête d'épingle à la partie antérieure de la suture, la phonation est *nettement améliorée.*

CONCLUSION

La méthode des lambeaux retardés est la solution de sécurité en chirurgie plastique. Elle permet de « mettre le lambeau à l'essai » avant son utilisation définitive.

Sans vouloir l'employer systématiquement dans tous les cas de plasties pédiculées, il est incontestable qu'elle s'impose toutes les fois que l'on aura à plicaturer, tordre, des lambeaux au moment de leur utilisation définitive.

Toutes les fois que ce lambeau sera prélevé dans un sens, évalué selon son grand axe, qui ne correspondra pas avec la direction générale de la plupart des vaisseaux tégumentaires.

Toutes les fois que les régions de prélèvement seront des régions vasculairement pauvres.

La technique opératoire est d'une simplicité extrême et ne dépasse pas en difficulté celle de la suture d'une plaie quelconque des parties molles.

Si son seul inconvénient est d'allonger d'un temps la durée des interventions de transplantation, il est largement compensé par la sécurité qu'offre cette méthode.

Les nombreuses indications qu'elle comporte déjà ne seront qu'augmentées au fur et à mesure que des champs

d'action nouveaux, toujours plus osés, s'ouvriront à la chirurgie plastique.

Les observations que nous présentons illustrent, pensons-nous, suffisamment, tout le parti que l'on est en droit de tirer de cette méthode.

Le Président de la thèse :
VIRENQUE.

Vu, le Doyen :
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 1 juillet 1949

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1900, p. 141.

BLAIR. — The delayed transfer of ling pedicle flaps in plastic Surgery, Surgery. Gyn., and obst., XXXIII, 1921, p. 216.

DELBET. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1901, p. 56.

DUPUY. — Thèse Toulouse, mai 1949.

ETCHEVERRY. — *Thèse Lyon*, 1858, p. 21.

GRAB. — Surgery, Gyneology, Obstetric, 1932, p. 200.

JOBERT DE LAMBALLE. — Traité de Chirurgie plastique, p. 58.

MARION. — Traité d'Urologie.

MARTINOT. — Thèse Paris, 1899-1900, p. 38.

MAUCLAIRE. — Greffes.

METIN. — Thèse Lyon, 1887-1900, p. 38.

MORESTIER. — Gazette des Hôpitaux, 19 mai 1901.

NELATON. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1900, p. 918.

OMBREDANNE. — Les autoplasties (tête, cou, tronc), Paris, 1907.

OMBREDANNE. — Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.

ROCHARD. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1902, p. 53.

SECAIL. — Traité de chirurgie plastique. (En préparation.)

TUFFIER. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1904, p. 947.

Traité de Technique chirurgicale. — Colpoplasties pour absence de vagin.